

TRAITEMENT ORTHOPÉDIQUE DE LA SCOLIOSE ET KINÉSITHÉRAPIE

Fauvy Lionel¹, Filipetti Paul²

Le traitement masso-kinésithérapique de la scoliose a été et est encore trop souvent remis en cause, pourtant de nombreuses études ont démontré :

- Son efficacité dans la rééducation de la scoliose mineure
- L'inefficacité d'un traitement orthopédique sans rééducation

Le "monde change", le traitement de la scoliose doit s'adapter en permanence :

- Orthèses passives, Orthèses dynamiques
- Apparition de nouveaux matériaux : fibre de carbone...
- Traitement temps plein, temps partiel, port nocturne.....

La kinésithérapie et l'orthèse doivent s'ajuster en permanence pour permettre à l'enfant de "s'auto-traiter" et dépasser les corrections induites par le traitement orthopédique.

Nous voulons obtenir de nos patients dynamisme et correction tridimensionnelle.

L'éducation posturale, finalité de la rééducation, demande à l'enfant de tenir compte des différents appuis orthopédiques et chercher à y échapper, dans les bonnes directions de correction tridimensionnelle en tenant compte de sa ou ses courbures primaires, des paramètres cliniques et radiologiques.

Le kinésithérapeute, en fonction de l'évolution, doit fixer les objectifs prioritaires et les adapter régulièrement par des exercices basés essentiellement sur des stimulations proprioceptives.

d'Education Posturale pour les réaliser avec son orthèse, puis sans orthèse de manière à obtenir une reprogrammation sensori-motrice en les reproduisant régulièrement au cours de la journée.

Seules des stimulations forcées, répétées et intégrées permettront d'obtenir une auto-correction corticalisée dans le but de conserver les acquis, les orthèses étant réglées progressivement et régulièrement lors des consultations pluridisciplinaires

Au sein du groupe kinésithérapique de travail sur la scoliose et le rachis (G.K.T.S.), nous avons mis au point un protocole de rééducation adapté à chaque type d'orthèse.

Il s'agit, en définitif, d'un véritable "mode d'emploi" à l'attention des utilisateurs : Médecin, kinésithérapeute, orthoprothésiste, famille et bien entendu le principal acteur : L'enfant scoliotique

Courbures thoraciques

Autograndissement avec inspiration dans les zones de méplat, en recherchant mise en cyphose du sommet de courbure et translation latérale de la convexité vers la concavité.

Progressivement on introduit des exercices de dérotation active dans les zones gibbositaires en corrigeant les déformations costales.

Courbures lombaires

Autograndissement avec translation latérale de la convexité lombaire vers la concavité en recherchant surtout l'ouverture de l'A.S.A.S.I.L (angle ilio-lombaire)

Progressivement on introduit des exercices de dérotation convexitaire et de rééquilibration musculaire pour obtenir en fin de progression une mise en lordose du segment lombaire.

L'enfant scoliotique doit intégrer progressivement des exercices

¹ Cadre de Santé, Chef de Service
Membre du GKTS
Chargé d'Enseignement

² Médecin, Chef de Service MPR

Centre de l'Arche